

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N° 856

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Marie-Rose WALTER-GAUTHIER

née le 17 avril 1933 à LUSIGNY-SUR-BARSE (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le : 29 Juin 1961

DE L'INTERET DE LA DECORTICATION OVARIENNE DANS
LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA STERILITE.

- soit à titre d'opération isolée,
 - soit à titre de temps associé à une opération de reperméabilisation tubaire.
-

Président : Mr J. PATEL, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1962

N° 856

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Marie-Rose WALTER-GAUTHIER

née le 17 avril 1933 à LUSIGNY-SUR-BARSE (Aube)

Présentée et soutenue publiquement le : 29 Juin 1961

DE L'INTERET DE LA DECORTICATION OVARIENNE DANS
LE TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA STERILITE

- soit à titre d'opération isolée,
 - soit à titre de temps associé à une opération de reperméabilisation tubaire.
-

Président : Mr J. PATEL, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Jean VERNE

2^e ASSESSEUR Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.)
	{ SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.)
	{ BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.)
	{ DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2^o CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
Cliniques chirurgicales	LORTAT-JACOB (J.-L.)
Beaujon	LEGER (L.)
Cochin	PATEL (J.)
Hôtel-Dieu	CORDIER (G.)
Pitié	GOSSET (J.)
Saint-Antoine	SICARD (A.)
Salpêtrière	OLIVIER (Cl.)
Tenon	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNCK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
Cliniques médicales	SOULIÉ (P.)
Boucicaut	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Broussais	BROUET (G.)
Cochin	BARIÉTY (M.)
Cochin	SÈZE (S. de)
Hôtel-Dieu	DREYFUS (G.)
Lariboisière	KOURILSKY (R.)
Pitié	DEBRAY (C.)
Saint-Antoine	GENNES (L. de)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARCIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
Cliniques obstétricales	VARANGOT (J.)
Baudelocque	RENARD (G.)
Foch (Suresnes)	AUBRY (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LELONG (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MARIE (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	BERNARD (E.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	COSTE (F.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	DECHAUME (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	ROUX (M.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	LEMAIRE (A.)
Clinique stomatologique (Pitié)	GAULTIER (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	PADOVANI (P.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DOMART (A.)
Clinique toxicologique	POILLEUX (F.)
Clinique traumatologique	COUVELAIRE (R.)
Sémiologie médicale	TURPIN (R.)
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	{ CABROL (C.) COUINAUD (C.) GILLOT (C.) OLIVIER (G.) GAUTHIER-VILLARS (M ^{me} P.) pr. s. ch.	Orthopédie	{ JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	{ ABELANET (R.) BUSSEY (F.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	{ DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	{ KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	{ GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	{ BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.) BAULIEU El. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUH (J.) JEROME (H.)	Pathologie chirurgicale	{ BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CERBONNET (G.) CHATELIN (C.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GARBAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LEVEQUE (B.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	{ PLAS (F.)	Pathologie exotique	{ SCHNEIDER (J.) BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHEL (G.)
Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports	{ BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)	Pathologie expérimentale	{ AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	{ CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		{ JOSEPH (R.) LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Dermato-Syphiligraphie	{ LEDOUX-LEBARD (G.)		
Electro-Radiologie	{ BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.) COUJARD (R.), pr. s. ch.		
Hématologie	{ MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Histologie	{ BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hydrologie	{ BOYER (J.) pr. s. ch.		
Hygiène	{ BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	{ BASTIN (R.) DUPONT (V.) DEROBERT (L.), pr. s. ch.	Pathologie médicale	
Médecine légale	{ FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	{ ALBAHARY (C.)		
Neuro-chirurgie	{ PERTUISET (B.) GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-BOZAT (J.)		
Obstétrique	{ BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)	Pédiatrie-Puériculture	
Ophtalmologie			

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) DURAND (J.)
Physiologie	GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) GOUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-Cl) TUBIANA(M.) m.conf.
Pneumo phtisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.) LAPRESLE (J.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. c. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) LAMOTTE (M.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	ABOULKER (P.) AMELINE (A), pr. s. ch. VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIGNES (P.) OFFRET (G.)
Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle DUMAITRE (P.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Milles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MARI

A MON FILS

A MON PERE ET A MA MERE

à qui je dois, par leur
prévenante sollicitude,
d'avoir entrepris et
poursuivi mes études
médicales.

A MA SOEUR ET A MON FRERE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDE

A Monsieur le Professeur Jean PATEL

Agrégé de Chirurgie Générale

Professeur de Technique Chirurgicale

Titulaire de la Chaire de Clinique Chirurgicale
à l'Hôtel-Dieu

Chevalier de la Légion d'Honneur au titre
de la Santé Publique

Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a fait le très grand
honneur de bien vouloir
accepter la présidence
de cette thèse.

A Monsieur le Professeur J.Y. LONGUET

Professeur au Collège de Médecine
Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien Chef à l'Hôpital BICHAT
Membre de l'Académie de Chirurgie

Qui nous a inspiré le sujet de
cette thèse.

Ses conseils et ses encouragements
nous ont été très profitables.

Qu'il veuille trouver ici
l'expression de notre profonde
gratitude.

A Monsieur le Docteur GELBERT

dont l'aide efficace
nous fut précieuse.

A Messieurs les Docteurs F. EUDEL, P. MERAT,

P. LAGUNE, P. LALLOUETTE, M. RENOUVIN,

M. MARTEAU, J. ANDRIEU, J. MEDAXIAN,

Y. DE KERMAHON et H. LEGGER.

De l'intérêt de la décortication ovarienne dans
le traitement chirurgical de la stérilité

- soit à titre d'opération isolée
- soit à titre de temps associé
à une opération de reperméabilisation
tubaire.

Les opérations de décortication ovarienne semblent être tombées en complète désuétude :

- inefficacité de l'intervention sur
les troubles du cycle,
l'aménorrhée,
les douleurs,
la stérilité,
- risque d'hémorragies intrapéritonéales post-opératoires,

Tels sont les reproches qui leur sont faits. Le syndrome de STEIN LEVENTHAL ayant été nettement individualisé en 1953 - la décortication dans ce cas donnant des résultats positifs sur la stérilité, l'aménorrhée, la douleur - est-ce qu'il n'est pas permis de reconsidérer également la question dans l'ovarite scléro-kystique banale ?

La condamnation de la décortication ovarienne a peut-être été un peu hâtive. En effet, deux observations personnelles de stérilité nous ont conduits, à réviser l'importance du facteur ovarien et de son traitement chirurgical par la décortication, à titre d'acte isolé ou associé à une intervention de reperméabilisation tubaire. Voici ces deux observations, telles qu'elles nous ont été confiées par Messieurs les Docteurs LONGUET et GELBERT.

.../...

OBSERVATION I

Madame Go... sage-femme, âgée de 34 ans, mariée depuis 3 ans est vue par nous pour la première fois le 28 Novembre 1956 pour stérilité primaire.

Le mari, âgé de 35 ans, a subi des examens s'avérant normaux.

ANTECEDENTS

Entre 1955 et 1956, Mme Go... a subi quelques traitements :
gynécovaclydum,
négatol,
acéto stérandryl.

INTERROGATOIRE

Réglée à 14 ans.

Les règles surviennent tous les 26-27 jours, sont d'abondance moyenne, indolores.

Les seins présentent une tension moyenne à partir du 14ème jour. Les rapports sont douloureux.

L'EXAMEN révèle

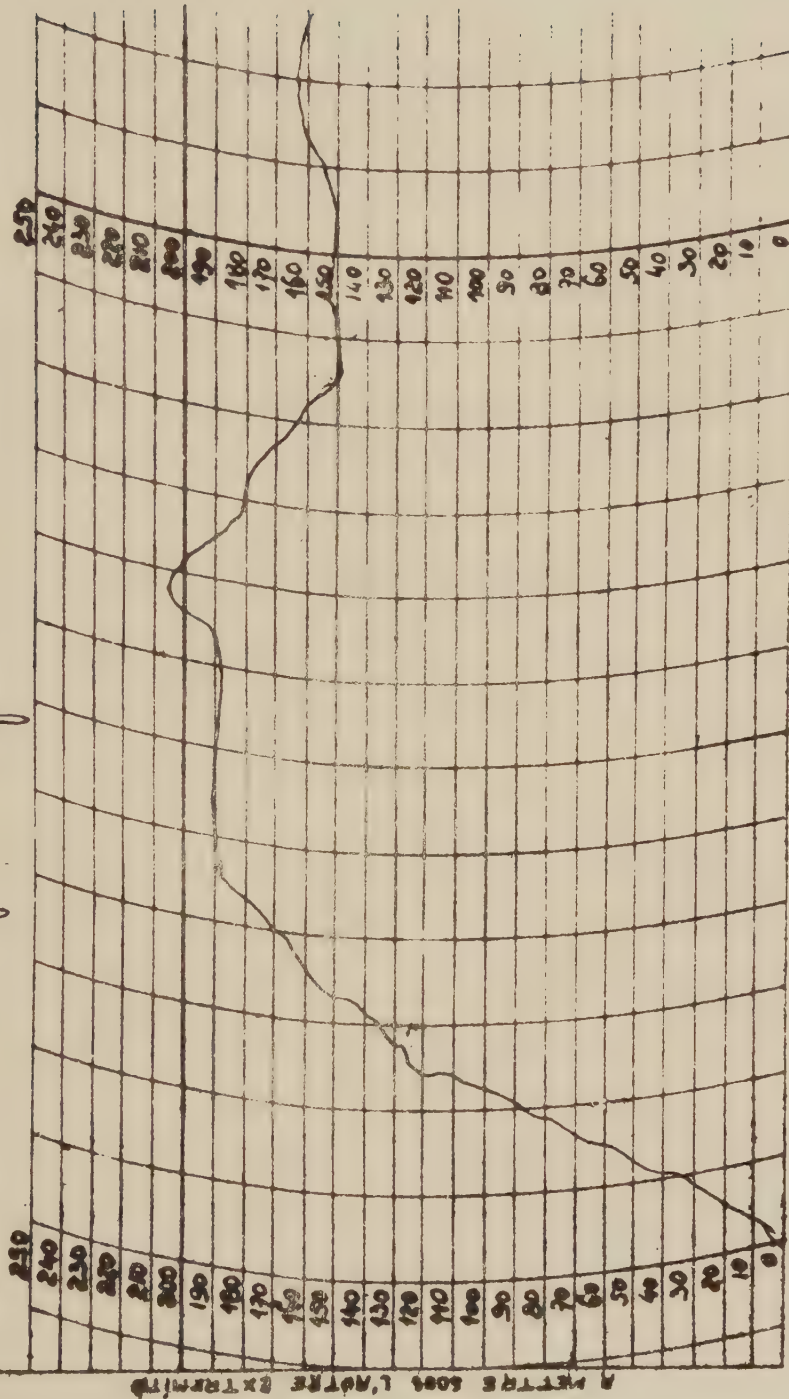
un vaginisme assez prononcé,
un utérus médian en position intermédiaire, paraissant normal,
un cul de sac droit souple, indolore,

.../...

Date: Nov 1917
 Nom: G.O.
 Debit: 452.

*pas de douleur
 epaule*

Date:
 Nom:
 Debit:



un cul de sac gauche étroit douloureux au toucher
on a l'impression de sentir une petite masse kystique
à gauche (trompe ou ovaire ?)

On pratique une insufflation

la courbe de celle-ci,
la douleur ressentie à l'épaule,
l'auscultation de la trompe droite,
paraissent normales.

On pratique une Hystéro salpingographie
au Lipiodol, qui montre :

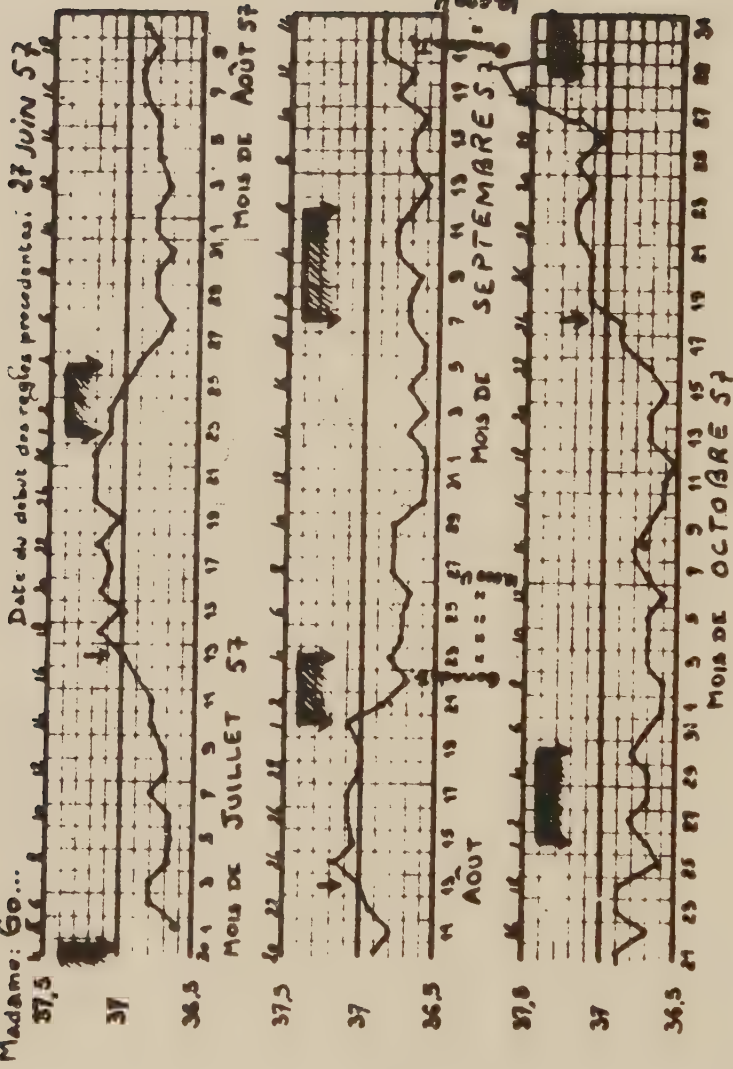
un utérus normal,
une trompe droite injectée,
une trompe gauche non injectée,
un brassage péritonéal de contrôle
paraissant normal.

23 Février 1957 - Monsieur LONGUET demande une étude plus poussée
de la stérilité, avant de prendre une décision opératoire,
basée uniquement sur l'existence d'une annexite gauche de
faible volume relativement peu douloureuse.

18 Mai 1957 - Un examen de compatibilité a été pratiqué : 50 %
des spermatozoïdes sont morts au bout d'une heure.
La glaire est louche.

.../...

Madame: 60...

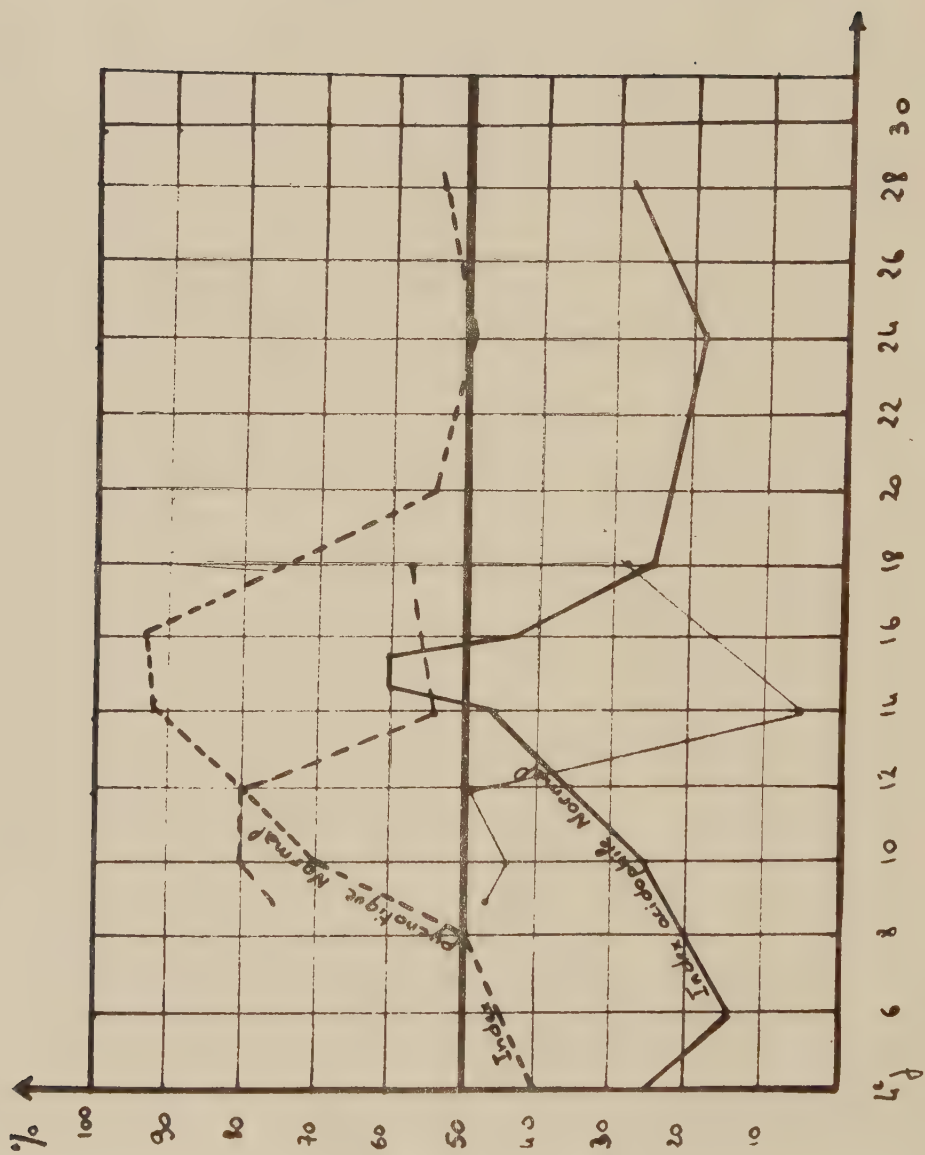


de Juin 1957 à Novembre 1957

La courbe de température est suivie ; Sans traitement, les cycles sont de 26-29 jours avec ovulation tardive 17ème et 23ème jours.

Les 2 cycles, sous traitements par l'hormone Gonadotrope, sont monophasiques et courts. Le cycle suivant est long, 34 jours avec une ovulation le 24ème jour.

.../...



18 Mars 1957 - Une série de Frottis Vaginaux est effectuée par
le Professeur SIMONNET.

Compte - rendu.

CELLULES SUPERFICIELLES

9e jour	isolées, plates -	quelques plicaturées Polynucléaires + + + +	Flore + +
10e jour	isolées, plates -	plicaturées Polynucléaires + +	Flore +
12e jour	isolées, plates -	quelques plicaturées Polynucléaires + + + + +	Flore + +
14e jour	isolées, plates -	plicaturées Polynucléaires + + + +	Flore + +
18e jour	isolées,	plicaturées, quelques plates ou en légers placards Polynucléaires + + +	Flore + +

.../...

conclusion : légère hyperfolliculinie persistante au début du cycle. Formation d'un corps jaune fonctionnel, mais lutéinisation nettement insuffisante.

18 Juillet 1957 - Mais une Biopsie de l'Endomètre au 22ème jour ne montre pas de glycogène, l'endomètre est nettement hypoplasie, les glandes peu développées, il n'y a aucun indice d'action hormonale (il est vrai que le décalage ne se fait qu'au 18ème jour).

Nous essayons alors divers traitements - sans résultats.

En résumé

Stérilité

Douleur pelvienne gauche

Ovulation paraissant perturbée.

L'intervention est décidée

7 Janvier 1958 - Compte-rendu opératoire (Professeur LONGUET)

- Incision de Pfannenstiehl
- L'utérus présente un petit noyau fibromateux de la face postérieure, que l'on décide de ne pas enlever. Le volume de l'utérus est normal.
- Les annexes gauches sont enfouies sous un voile adhérentiel qu'on arrive à libérer au doigt. L'ovaire gauche semble à peu près normal.

.../...

- A droite, on trouve un gros ovaire scléro polykystique, présentant en outre au niveau de son pôle externe un plus gros kyste du volume d'une merise.

On commence par faire :

Une section du nerf pré sacré, qui est divisé en deux branches et que l'on resèque facilement.

On enlève le petit kyste de l'ovaire droit par énucléation, assez facilement.

Il s'agit d'un kyste hématique.

On fixe l'ovaire droit en position haute par deux points passés à travers le ligament large.

On sectionne le plexus nerveux péri-ovarien dans le but de réaliser une neurotomie.

On pratique une insufflation tubaire per opératoire, et à notre surprise, il n'y a pas de passage ni à droite, ni à gauche, alors que les examens antérieurs laissaient penser qu'il y aurait passage : les trompes se gonflent et l'orifice du pavillon paraît obstrué.

On sectionne alors la trompe droite au bistouri électrique, avec un courant de section de faible intensité, sur la plus grande partie de sa longueur, en clampant le mésosalpinx, à l'aide d'un clamp courbe intestinal de Doyen.

La tranche de section ne saigne presque pas une fois le clamp enlevé.

.../...

On fait cependant un surjet à la soie vasculaire 000, de chaque côté de la tranche de section tubaire. Retournement de la surface muqueuse de la trompe de façon à réaliser le classique tapis roulant au voisinage immédiat de l'ovaire.

L'Ovaire gauche est un peu augmenté de volume, on le fixe également en position haute.

On effectue sur la trompe gauche le même travail qu'à droite (salpingotomie au bistouri électrique, surjet et retournement de la surface muqueuse).

Appendicectomie.

Fermeture au catgut chromé, du plan musculaire vertical et des deux plans aponévrotiques transversaux.

Un drain de redon dans le Douglas.

Un drain de caoutchouc sous-aponévrotique.

Drainage filiforme par crins, du tissu graisseux sous-cutané.

EXAMEN ANATOMIQUE

1 - Kyste de l'ovaire droit

On est en présence d'un parenchyme ovarien inflammatoire et occupé en grande partie par un kyste lutéinique hémorragique.

2 - Pédicule utéro-ovarien

Il s'agit d'un tissu fibro graisseux contenant un pédicule vasculo nerveux. Il existe un état congestif sans caractères particuliers.

.../...

APRES L'OPERATION

On pratique au 8ème jour une insufflation sous hydrocortisone et pénicilline.

Résultat positif : trompes perméables.

15 Février 1958 - DEUXIEME INSUFFLATION

Excellent résultat : les trompes restent perméables.

24 Janvier 1959 - Un an plus tard, la malade a un retard de 8 jours dans ses règles, mais la réaction biologique de grossesse est négative.

Les examens des débris muqueux, lors des métrorragies, confirment qu'il ne s'agit pas de métrorragies par rétention post-abortum.

A la suite de ce retard, les règles sont irrégulières pendant 3 mois. La malade ne subit pas d'autres traitements.

On peut donc, à ce moment, considérer que l'opération, bien qu'ayant réalisé une perméabilité tubaire persistante, est un échec du point de vue de la stérilité, puisque la malade n'est pas devenue enceinte.

Elle est en outre un échec du point de vue de la douleur, car la malade continue à souffrir.

Enfin, les règles restent irrégulières : échec du point de vue de la régularisation du cycle.

.../...

17 Septembre 1959 - Madame Go.... rentre à la clinique pour syndrome abdominal aigu : il s'agit d'une occlusion du grêle par brides postopératoires.

Les dernières règles datent du 6 Septembre 1959.

Elle est donc opérée le 11ème jour du cycle.

.../...

COMPTE-RENDU OPERATOIRE (Professeur LONGUET)

- Laparatomie médiane.
- Section de la bride, cause de l'occlusion.
- On profite de cette intervention pour vérifier l'état des organes pelviens.

Les ovaires restent légèrement scléro-kystiques, l'albuginée paraît épaissie.

Nous pensons, alors, que la stérilité pourrait être liée à l'impossibilité pour les follicules de s'ouvrir à la surface de l'ovaire et, rattachant également à cela, par hypothèse, la notion de la douleur pelvienne gauche, on pratique :

- une resection de l'albuginée sur les deux faces de l'ovaire gauche scléro-kystique, sur les 2/3 environ de la hauteur de l'ovaire.

L'hémorragie ovarienne est facilement contrôlée par des points de soie vasculaire 000.

2 Octobre 1959 - La malade a des règles normales.

28 Octobre 1959 - L'examen clinique permet de soupçonner un début de grossesse. La réaction biologique de grossesse est positive et normale.

La grossesse se déroule normalement, sans incident.

29 Juillet 1960 - Accouchement normal

(Forceps Tarnier pour le dégagement)

.../...

13 Septembre 1960 - Retour de couches

Les cycles suivants sont normaux et réguliers.

La malade ne souffre pratiquement plus.

.../...

OBSERVATION II

Madame Gu... âgée de 25 ans, vient nous consulter le 3 Janvier 1959 pour douleurs pelviennes et stérilité secondaire datant de 3 ans.

ANTECEDENTS

Opérée en 1956 d'une grossesse extra-utérine, ayant nécessité une annexectomie droite (trompe et ovaire).

Depuis cette intervention, la malade souffre du côté gauche.

INTERROGATOIRE

La malade souffre pendant ses règles
entre les règles
lors des rapports

Elle est réglée tous les 21-25 jours, pendant 5 jours.

Les seins sont tendus 8 jours avant les règles.

L'EXAMEN montre :

un utérus dévié à droite
en rétroversion mobile, sans rétroflexion.
la corne droite est légèrement douloureuse
le cul de sac gauche est souple, mais douloureux.

4 Février 1959 - On pratique une hystéro-salpingographie au
Lipiodol

.../...

- la trompe gauche est bien injectée,
- le brassage péritonéal est normal.

2 Mars 1959 - Les dernières règles ont été très douloureuses, l'utérus est toujours en rétroversion mobile.

Un examen de la glaire après rapport, montre des spermatozoïdes peu nombreux mais vivants.

On pratique une infiltration de novocaïne-pénicilline dans le cul de sac vaginal gauche. Ce traitement est répété trois fois pendant le mois de Mars, dans l'espoir de soulager la malade.

Un nouvel examen de la glaire, 2 heures $\frac{1}{2}$ après rapport, montre cette fois de nombreux spermatozoïdes vivants.

30 Avril 1959 - La malade souffre toujours.

Au toucher vaginal combiné au palper abdominal, on croit sentir une petite masse à gauche.

La malade réclame l'intervention que l'on décide avec un diagnostic de kyste ovarien probable.

Il est à noter que cette malade n'a pas subi de frottis vaginaux, ni de biopsie de l'endomètre, n'a pas pris sa température car nous étions surtout axés sur le problème douleur.

13 Mai 1959 - La malade a ses dernières règles avant l'intervention qui est fixée le :

22 Mai 1959 - Elle est opérée le 9ème jour du cycle.

Date: 7/11/59.
 Nom: J. W.
 Debit: 450

double stance
 gauche + +

Date:
 Nom:
 Debit:

250
 240
 230
 220
 210
 200
 190
 180
 170
 160
 150
 140
 130
 120
 110
 100
 90
 80
 70
 60
 50
 40
 30
 20
 10
 0

250
 240
 230
 220
 210
 200
 190
 180
 170
 160
 150
 140
 130
 120
 110
 100
 90
 80
 70
 60
 50
 40
 30
 20
 10
 0

should →



COMPTE-RENDU OPÉRATOIRE (Docteur GELBERT)

- Laparatomie médiane.
- L'ovaire restant, c'est-à-dire l'ovaire gauche, est un peu gros, mais ne paraît pas le siège de lésions importantes.

Suivant l'idée suggérée par Monsieur LONGUET, on fait une décortication de l'ovaire restant et on resèque en outre un petit morceau d'ovaire aux fins d'examen. (Cet examen s'avèrera d'ailleurs normal).

L'insufflation per opératoire confirme un passage tubaire normal.

Les règles suivantes commençant le 16 Juin 1959 sont moins douloureuses.

Les rapports sont complètement indolores.

Donc excellents résultats sur le symptôme douleur.

Des insufflations pratiquées les 5 Septembre 1959 - 7 Octobre 1959 - 7 Novembre 1959, révèlent un passage normal.

29 Août 1960 - La malade vient consulter pour retard de règles.

Les dernières règles datent du 20 Juillet 1960. L'utérus paraît un peu gros. La réaction biologique de grossesse est positive, à la limite.

Tenant compte du fait que la malade n'a qu'un ovaire dont on a reséqué une petite partie, on pratique des dosages d'élimination hormonale urinaire (17 cétostéroïdes phénolstéroïdes, G B S 13, et prégnandiol).

.../...

Des dosages pratiqués les 5 Septembre 1960, 19 Septembre 1960, 17 Octobre 1960 et Janvier 1961 montrent une élimination normale.

Cependant par précaution, on conseille à cette malade de se reposer au lit, sous traitement sédatif, pendant le début de cette grossesse.

EN RESUME

L'intervention est décidée, pour douleur, chez une femme ayant subi antérieurement une castration unilatérale pour grossesse extra-utérine et présentant une stérilité secondaire. La trompe restante étant perméable, on se borne à la décortication de l'ovaire restant.

RESULTAT

- Sédation des douleurs.
- Grossesse consécutive avec dosages hormonaux normaux.
- Actuellement grossesse de 8 mois qui évolue normalement.

COMMENTAIRES

Le premier cas nous a paru avoir une valeur quasi expérimentale, si toutefois ce terme peut être employé en clinique humaine, puisque bien qu'ayant reperméabilisé les deux trompes, lors d'une première intervention, la malade n'est pas devenue enceinte.

Et que c'est un mois après la décortication ovarienne, pratiquée dans un deuxième temps vingt mois plus tard, que l'opérée se trouve cette fois enceinte.

Or il s'agissait, rappelons-le, d'une stérilité primaire chez une femme de 34 ans.

Le deuxième cas, bien qu'assez différent nous semble également démonstratif, puisque la décortication entreprise pour traiter la douleur, permet une grossesse quatorze mois plus tard, alors que pendant trois ans, il n'y a pas eu de grossesse.

Par ailleurs, dans les deux cas, la sédation des phénomènes douloureux paraît stable avec un recul déjà important.

Enfin, dans l'observation n° I le cycle paraît régularisé.

Ces deux observations présentent un point commun : les lésions ovariennes en apparence minimales et dont le traitement s'est avéré nécessaire et efficace.

.../...

Parmi les signes cliniques

Douleur et Stérilité sont constants.

L'examen clinique est peu démonstratif puisque, dans le premier cas, malgré la douleur gauche, c'est à droite que l'on trouvera un gros ovaire.

Les examens paracliniques sont subnormaux.

Dans le premier cas, courbe de température, frottis vaginaux et biopsie d'endomètre font conclure à un trouble ovulatoire.

Dans le deuxième cas, nous avons déjà expliqué pourquoi ces examens n'ont pas été faits.

Par contre, insufflation, hystéroggraphie, examen de la glaire sont normaux.

Quant à la technique opératoire, que nous détaillerons plus loin, elle fut la même dans les deux cas : nous nous sommes contentés de décortiquer ces ovaires. Dans le deuxième cas, nous avons en outre prélevé un fragment d'ovaire aux fins d'étude.

Cette technique est facile et, lorsqu'on trouve un plan de clivage permettant le décollement des quelques follicules kystiques, l'hémostase est très facile à réaliser.

Nous signalons ne pas avoir fait de coelioscopie ; mais dans les deux cas nous nous demandons, si la coelioscopie

n'aurait pas, au contraire, contre indiqué l'intervention par le peu d'atteinte qu'elle aurait montré.

Nous allons essayer de dégager l'intérêt que peuvent apporter les indications et la technique que nous préconisons quant à une question qui a été déjà longuement débattue et traitée.

.../...

HISTORIQUE

- Nous savons que la question a déjà fait l'objet d'études (Aumaitre - Thèse n° 781 - 1951), que la décortication pour faciliter l'ovulation a été essayée et abandonnée par certains.

- En 1955 - Buxton et Southam, après avoir effectué des travaux et une statistique portant sur 1.213 couples stériles, écrivent un article extrêmement pessimiste, s'intitulant " Revue critique des méthodes actuelles de diagnostic et thérapeutique dans la Stérilité ".

Ils concluent, soit que nos méthodes de traitement sont peu efficaces, soit que nos méthodes d'investigation ne sont pas correctes.

- En 1956 - J H PEEL parle " du rôle de la chirurgie majeure dans l'infertilité ". Il se montre aussi pessimiste en ce qui concerne le résultat des traitements chirurgicaux.

- En 1956 - Roman (d'Annecy) écrit à propos d'un article sur " Le Syndrome de STEIN LEVENTHAL " caractérisé par des ovaires blancs, lisses, polykystiques, à coque épaisse, qu'il serait éminemment préjudiciable, de faire à nouveau entrer dans le secteur de la chirurgie, toute une série

de troubles fonctionnels ovariens qui en ont été chassés avec tant de peine.

" La chirurgie réductrice dans les troubles fonctionnels de
" l'ovaire, doit rester l'exception, en raison des consé-
" quences néfastes qu'elle entraîne souvent, et dont nous
" nous sommes attachés depuis 1939 à analyser les effets
" secondaires.

Mais, dit-il encore, avec Ingersoll et Mac-Dermott, considérant essentiellement l'aspect des ovaires " ovaires polykystiques avec épaissement de l'albuginée " nous serions tentés d'opérer parfois, lorsque l'ovulation est durablement et irréversiblement bloquée, par les conditions locales régnant au niveau des ovaires du type Stein Leventhal, même si les troubles sont autres que aménorrhée et stérilité.

Les symptômes n'ont rien de typique. Aménorrhée, stérilité et contexte clinique s'observent dans les circonstances les plus diverses et lorsque les ovaires n'offrent pas l'aspect décrit par Stein, une résection partielle exposerait la malade à l'aggravation secondaire des troubles.

.../...

- En 1950 - Joyeux publie un article sur " 2 cas de Stérilité d'origine ovarienne, traités par décortication ou hersage des ovaires, avec grossesses consécutives ".

Il remarque d'abord que les cas de grossesses consécutives au hersage des ovaires sont exceptionnels dans la littérature. (Chalier dit, dans son traité sur la Stérilité féminine, qu'il ne connaît pas de fait probant du rôle du hersage ovarien).

Voici les deux observations rapportées par Joyeux :

- Obs. 1 - Il s'agit d'une stérilité de 4 ans chez une jeune femme présentant deux volumineux ovaires, en galet, à coque très épaissie, empêchant de toute évidence l'éclatement des ovissacs à la surface. L'examen histologique de la coque ovarienne enlevée en totalité sur les deux ovaires, permet de confirmer le processus intense de sclérose, développé particulièrement dans la couche corticale du tissu ovarien, entre la zone germinative et le revêtement épithélial externe.

Huit mois après l'intervention, l'opérée était enceinte.

- Obs. 2 - Une femme stérile depuis 7 ans, est opérée pour appendicite sub-aigue. On profite de cette intervention pour faire un hersage de l'ovaire droit scléro-kystique, par ablation de trois bandes de corticale d'une largeur d'un demi-centimètre.

Cet ovaire était macroscopiquement comme tant d'autres ovaires scléro-kystiques qui n'entraînent pas de stérilité chez d'autres malades.

Cependant le fait clinique est là : 8 mois $\frac{1}{2}$ après l'intervention, la malade était enceinte.

JOYEUX conclut qu'il faut profiter de l'indication opératoire d'une appendicite chronique pour étendre son acte opératoire au traitement de la Stérilité.

Nous pensons que cet auteur a rencontré deux syndromes de STEIN LEVENTHAL qui d'ailleurs n'étaient pas individualisés à cette époque et qui aujourd'hui, sont effectivement traités de cette façon.

Un travail récent sur les ovarites scléro-kystiques, celui de M I HALBRECHT (Hadera-Israël) étudie :

- En 1954 "La dégénérescence fibreuse de la zone corticale de l'ovaire comme cause de stérilité".

Son travail porte sur 2.500 couples traités pour stérilité.

Les causes n'ont pas toujours pu être découvertes ; mais au cours de laparatomies faites chez 50 de ces femmes, il a pu constater une dégénérescence scléreuse ou scléro-kystique de la zone corticale de l'ovaire, qui semblait donner l'explication de leur stérilité par l'entravement mécanique de la ponte ovarienne.

Une décortication ou une résection partielle des ovaires a été faite dans ces cas. A l'époque de la publication, il n'avait pas encore pu apprécier le résultat de cette méthode.

.../...

Quelles lésions peut-on rencontrer ?

Nous ne rappellerons pas le syndrome de STEIN LEVENTHAL, actuellement bien individualisé et dont la thérapeutique est bien mise au point. Nos deux cas n'entrent pas dans ce cadre ; en effet, nous ne retrouvons ni aménorrhée, ni hirsutisme et surtout ni l'aspect anatomique des gros ovaires porcelainés.

Nous croyons devoir plutôt les apparenter au syndrome d'ovaire scléro-kystique classique, mais en faisant d'emblée remarquer la pauvreté des signes cliniques et anatomiques.

En effet, rien n'est plus difficile à préciser que le cadre et la symptomatologie de l'ovarite scléro-kystique.

Le syndrome de STEIN LEVENTHAL a été individualisé. Il y a certainement d'autres syndromes qui pourront être individualisés par la suite.

En effet, l'ovarite scléro-kystique est un syndrome vaste. Nous allons rappeler brièvement son étio pathogénie, bien controversée et non encore résolue.

- a) Peut exister un trouble circulatoire d'ordre mécanique avec coexistence de varices, hémorroïdes, varico-cèle pelvien et association fréquente de rétroversion utérine et prolapsus des ovaires dans le Douglas.

.../...

- b) Séquelle d'infection salpingo ovarienne avec trompes chroniquement épaissies, ovaires fixés, enfouis sous les adhérences, immobilisés derrière l'utérus.

Un terrain particulier est nécessaire :

- Soit terrain congénital de débilité ovarienne,
- Soit terrain nerveux analogue à celui des basedowiennes.

- c) En fait l'origine hormonale de l'ovarite scléro-kystique est soupçonnée par beaucoup d'auteurs. Une étude publiée en 1956 par SOMMER et WADMAN, a porté sur l'autopsie de 740 femmes. Les causes de la mort étaient diverses et non systématisées. Ils ont trouvé 26 cas d'ovaires polykystiques bilatéraux.

L'examen de ces ovaires montrait :

- des kystes folliculaires, dont 2 avec hyperplasie des cellules de la granulosa.
- dans tous les cas, l'albuginée était très épaissie.
- dans 7 cas, l'hypophyse a pu être examinée ; dans ces 7 cas on a trouvé une hyperplasie des cellules basophiles.

Les auteurs pensent que ce basophilisme pituitaire serait la cause des ovaires polykystiques.

Dans la première partie de leur mémoire, ils rassemblent tous les arguments qui plaident en faveur de cette théorie ; on sait en effet, que des injections de fortes doses de F S H à des femmes, provoquent des ovaires polykystiques.

C'est ce qui a été démontré également dans toutes les expériences faites sur l'animal.

PALMER abonde dans ce sens en disant que les kystes dystrophiques de l'ovaire, qu'ils soient folliculaires ou lutéiniques, ne représentent en principe qu'un témoin de la perturbation hormonale ovaro-pituitaire. Il n'en est pas moins certain, dit-il, que la présence même du kyste a un rôle dans la persistance du trouble, comme le prouve sa guérison fréquente par l'ablation ou même la simple ponction évacuatrice du kyste.

L'amélioration des troubles fonctionnels par ces simples manoeuvres a été également observée dans bien des cas par le Professeur CUGNET. On peut penser qu'il y a donc là un cercle vicieux hormonal.

Par contre en 1955, SHIPPEL, publiant un article sur le syndrome d'hyperthécose (qui englobe syndrome de STEIN LEVENTHAL, hyperplasie glandulo kystique, métropathies hémorragiques ...) pense tout autrement. Il ne croit pas que l'origine des troubles, puisse être ramenée à un fonctionnement anormal de l'hypophyse, mais plutôt à d'autres conditions étiologiques telles que hypothyroïdisme, diabète, lésions inflammatoires locales et leurs séquelles.

.../...

Si, en effet, dit-il, les troubles primaires étaient d'origine hypophysaire, on ne s'expliquerait pas que, dans le syndrome de STEIN LEVENTHAL, une simple résection partielle de l'ovaire puisse mettre fin aux troubles fonctionnels. L'auteur appuie sa conception sur 37 cas dont il rapporte l'histoire clinique et les constatations histologiques qu'il a faites au niveau des ovaires et de l'endomètre.

L'hypothèse émise par SOMMER et WADMAN d'une part, PALMER d'autre part, est séduisante. Que doit-on en penser ? Elle demande encore bien des recherches pour être confirmée. Quant à la thérapeutique envisagée pour ce syndrome, elle est variée et pas toujours satisfaisante.

On distinguera deux temps, le premier médical, le second chirurgical.

On commencera toujours par essayer un traitement médical étiologique si possible ; la médication hormonale sera faite à bon escient, les agents physiques seront également essayés. Surtout la psychothérapie, étayée d'antinervins et médications phytothérapiques tient une place importante. Les cures hydrominérales oligo et polymétalliques radio actives agiront tant par leurs propriétés que par le changement de climat et de milieu social.

.../...

En dernier recours vient le traitement chirurgical classique, il donne des résultats quand l'ovaire scléro-kystique n'est pas isolé mais associé à une rétroversion utérine ou à un prolapsus de l'ovaire (Netter - Gynécologie).

Dans ce cas, le traitement préconisé par DOUAY, CHALIER, CHAVANNAZ, MAGENDIE et MATHIEU fut :

- Ligamentopexie
- Résection large du nerf pré sacré
- Résection cunéiforme des ovaires
- Appendicectomie.

SEGUY a insisté sur le prolapsus de l'ovaire associé, qui entraîne une congestion puis une sclérose de cet ovaire avec des ovulations de plus en plus rares et difficiles. Quand l'ovaire est prolabé dans le Douglas, il faut toujours opérer car il y a dyspareunie et des troubles fonctionnels qui peuvent devenir irréversibles.

D'autre part, en discutant du traitement des maladies organiques de l'ovaire, PALMER dit : Quant aux ovaires polykystiques bilatéraux, si les troubles hormonaux, qui les accompagnent, persistent malgré une thérapeutique générale et hormonale, suffisamment active et prolongée, il nous paraît indiqué d'intervenir et de pratiquer la résection cunéiforme des ovaires. Ces résections cunéiformes ont donné à Stein puis à Siegler des résultats positifs quant aux grossesses.

Par contre, nous estimons absolument illogique, dit-il encore, malgré quelques succès publiés, la décortication ovarienne telle qu'elle a été proposée par REYCRAFT (1938).

La libération de l'ovaire ou sa décortication n'est conseillée par PALMER, que dans les cas d'adhérences péri-ovariennes, quand la coque adhérente de péri-ovarite est séquelle d'annexite.

Enfin, si la chirurgie est conservatrice (AMELINE et TROISIER) il y a récidence :

- les interventions sur le parenchyme ovarien laissent des cicatrices chéloïdiennes,
- en pratiquant l'ignipuncture on ne connaît jamais à l'avance les modalités et l'étendue des escharres.
- les tentatives de revascularisation sont abandonnées car on laisse la corde épiploïque fixée latéralement dans le pelvis, cause d'occlusions mécaniques.
- la resection cunéiforme de l'ovaire est loin d'être un geste sans répercussion, et peut engager l'avenir du moignon ou de l'autre ovaire, qui en effet sont très fréquemment le siège de dégénérescence douloureuse et kystique.
- quant à la resection d'une albuginée scléreuse, les modalités de l'hémostase ne sont pas codifiées. L'abandon dans la cavité abdominale de larges surfaces cruentées est un appel aux brides, adhérences,

facteurs de troubles douloureux ou occlusion.

Cependant des résultats favorables ont été publiés
(BRETECHE - JOYEUX) portant :

- soit sur les phénomènes douloureux
- soit sur la stérilité.

Toutes ces lésions sont faciles à étiqueter lorsque la clinique ou le laboratoire donnent des résultats faciles à interpréter.

Mais souvent les lésions sont minimales, un seul symptôme peut dominer - parfois l'association d'autres lésions telles que rétroversion ou lésion tubaire masque la cause ovarienne et ce n'est que la persistance des troubles, après traitements ou même intervention qui avaient essayé d'y remédier, qui nous fait reconsidérer le problème.

En effet, il ne faut pas oublier ce que PALMER nous rappelle dans la conclusion de son traité sur la stérilité involontaire : " Dans plus de la moitié des cas, il y a non pas un, mais plusieurs facteurs contributifs à l'infertilité du couple. Il en résulte la nécessité absolue, dans tous les cas de stérilité, même si une cause évidente a été décelée chez un partenaire, de rechercher systématiquement chez les deux partenaires, tous les autres facteurs possibles d'infertilité, et de les traiter ".

I - Nous avons été amenés à publier nos observations, à cause de la disproportion existant entre un seul symptôme, que la malade accuse : la douleur, et l'indication opératoire, que nous avons posée sur ce seul signe. Les autres signes cliniques étaient pratiquement inexistants et la pièce opératoire elle-même ne nous apportait pas un élément concluant.

II - Une constatation paradoxale a été faite et soulignée par Monsieur le Professeur LONGUET :

Il faut noter que parfois l'ovaire douloureux est cliniquement plus petit, et semble moins malade, et que c'est l'ovaire indolore qui est le plus gros.

On peut penser qu'il y a là, en germe, la possibilité d'erreur, grave, car le chirurgien est tenté d'agir sur l'ovaire apparemment le plus malade, alors que c'est, en fait, l'ovaire en apparence sain qu'il conviendrait de décortiquer, puisque douloureux.

Une hypothèse vient alors à l'esprit :

L'étranglement du parenchyme ovarien, dans l'albuginée épaissie, serait la cause des phénomènes douloureux, alors que, de l'autre côté, l'expansion des kystes serait possible à la surface de l'ovaire de telle sorte que la douleur ne se produirait pas de ce côté.

En effet, chez Madame Go..., nous avons trouvé, à droite, un gros ovaire polykystique, que nous avons traité, pensant qu'il était à l'origine de la stérilité. La suite des évènements a montré que c'était le petit ovaire gauche, douloureux, d'aspect macroscopique plus sain, qu'il fallait traiter.

Nous rappelons que Monsieur VARANGOT insiste aussi sur le fait que l'augmentation de volume des ovaires, trouvée à l'examen vaginal ou même à la coelioscopie ou à la gynécographie, n'est pas du tout nécessaire pour poser l'indication d'une résection ovarienne. (Indications de la résection ovarienne à propos du soi-disant syndrome de STEIN LEVENTHAL).

Chez Madame Gu..., nous n'avons pas eu le choix, mais, cliniquement et pièce opératoire en mains, nous n'aurions pas songé à pratiquer une décortication, si nous avions pu trouver une autre cause apparente, et surtout, si nous n'avions pas eu présents à l'esprit, les enseignements de notre maître Monsieur le Professeur LONGUET sur la possibilité d'effectuer une décortication dans ces cas.

.../...

TECHNIQUES OPERATOIRES

Certains points de technique opératoire nous ont paru intéressants, et nous avons tenu à les souligner.

1/ Les lésions ovariennes sont peu importantes

- la décortication est amorcée par une incision de l'albuginée, tracée doucement au bistouri, le long de la convexité de l'organe.
- on abandonne alors le bistouri pour les ciseaux pointus fins en s'efforçant de créer artificiellement un plan de clivage sur chaque face de l'organe, entre l'albuginée et le parenchyme ovarien.
- on s'arrête à distance du hile, et l'on résèque sur chaque face de l'organe une petite partie d'albuginée.
- l'hémorragie provoquée est habituellement beaucoup plus faible qu'il n'est classique de le craindre.
- en fait c'est plus l'albuginée qui saigne que le parenchyme ovarien. Le saignement est, en règle générale, facilement contrôlé, soit au bistouri électrique, soit, mieux, par quelques points de soie vasculaire, très fins. Dans nos expériences, ces points sont toujours latéraux et non aux deux pôles de l'ellipse.

2/ L'ovaire présente un kyste plus important (volume d'une lentille ou d'une merise)

- il s'agit souvent d'un kyste lutéinique.
- l'énucléation en est généralement possible sans que le tissu ovarien soit entamé. Même procédé opératoire de décortication de l'albuginée.

3/ Parfois la décortication est plus difficile

- Un lambeau ovarien se détache. On peut devoir faire plus de 3 ou 4 points marginaux soit 1 ou 2 points centraux ;
- points en x ou emploi du bistouri électrique.

4/ L'ovaire est nettement gros.

- On pratique non seulement une décortication, mais aussi une résection partielle horizontale.

La décortication descend plus bas que la résection.

Nous faisons une résection horizontale et non en V ;

notre but n'étant pas de rapprocher les deux bords en V par des points en U, selon la technique classique. C'est pourquoi, nous avons pratiquement renoncé à faire des résections cunéiformes.

L'hémostase peut toujours être facilement contrôlée par le bistouri électrique ou suture simple.

.../...

A noter par ailleurs que :

- 1) le clampage préalable des vaisseaux tubo ovariens nous permet de travailler, aussi bien pour l'ovaire que pour la trompe, sur une surface presque exangue.
- 2) que l'emploi du bistouri électrique dans les lésions tubaires associées nous a permis de réduire le temps d'hémostase des tranches tubaires.

Nous n'avons pas insisté sur les suites opératoires. Nos malades ont eu des insufflations tubaires sous hydrocortisone et pénicilline permettant de vérifier la perméabilité tubaire.

EN RESUME

La décortication ovarienne a-t-elle été efficace en ce qui concerne la stérilité ?

On ne juge pas la valeur d'une intervention chirurgicale sur deux cas.

Mais nous avons pris ces deux cas pour apporter une valeur suggestive.

Dans le traitement de la stérilité, nous avons à envisager :

- 1) la décortication ovarienne en temps qu'opération isolée.
- 2) la décortication ovarienne associée à une intervention de reperméabilité tubaire.

.../...

Dans les interventions de reperméabilisation tubaire pour stérilité, l'association de la décortication ovarienne devrait être envisagée à titre de temps opératoire associé, d'une façon beaucoup plus large qu'elle ne paraît l'être actuellement.

Les résultats obtenus dans notre expérience personnelle d'une part dans l'ovarite scléro-kystique banale, et, d'autre part, ceux qui ont été publiés dans le traitement du syndrome de STEIN LEVENTHAL, nous ont encouragés à étendre les indications de cette chirurgie conservatrice.

- - - - -

Par ailleurs, les réserves formulées par les divers auteurs et notamment par AMELINE et TROISIER sur " l'abandon dans la cavité abdominale de larges surfaces cruentées d'ovaire " exposant aux adhérences, devraient être révisées.

En effet, l'antibiothérapie et plus récemment son association à la corticothérapie ont certainement eu une heureuse influence sur les conséquences de la décortication ovarienne et notamment sur la formation de tissu adhérentiel.

.../...

CONCLUSIONS

L'ovaire n'est pas assez étudié. On pensait que seuls les traitements hormonaux pouvaient modifier une anovulation. Les premiers cas vraiment nets, ont été individualisés par STEIN et LEVENTHAL. Ils ont montré que la décortication pouvait être un traitement de la stérilité, mais le syndrome ne représente qu'un nombre limité de cas.

Nous nous demandons :

si, dans certains cas de stérilité, où toutes les investigations paraissent normales, il ne faut chercher systématiquement et essayer de mettre en évidence la cause ovarienne.

D'autre part, dans tous les cas de stérilité, s'il n'est pas de règle de chercher toutes les causes possibles, même quand une cause paraît évidente. Nous croyons qu'il faut avoir présent à l'esprit, la possibilité d'un trouble ovarien même si cliniquement rien ne permet de le déceler.

Peut-on envisager une extension des indications opératoires ? Les ovarites scléro-kystiques classiques, ovarites douloureuses - sans autres contextes cliniques - peuvent bénéficier d'une amélioration.

.../...

Des syndromes ont été dissociés parmi ces ovarites :
le syndrome de STEIN LEVENTHAL, les Thécoses.

Sans préconiser une intervention systématique, on peut cependant conseiller lors d'interventions pour d'autres lésions, d'examiner attentivement ces ovaires, chercher comme élément primordial la douleur, qui parfois est attribuée à une autre cause (rétroversion utérine, trompe malade, adhérences) et en profiter pour décortiquer cet ovaire.

Vu le Doyen :

Léon BINET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean SARRAILH

Vu le Président de Thèse :

Jean PATEL

BIBLIOGRAPHIE

- AMBRE C. - Accidents de subocclusion par transformation kystique bilatérale des ovaires après administration de gonadotrophines.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Août-Oct. 1958, 10, n° 4, 415-416.
- AMELINE A. et TROISIER S. (Mme) - Le traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 226.
- AMELINE A. et TROISIER S. (Mme) - Traitement chirurgical de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Sté franç. Gyn., Mars 1954, 24.
- AUMAITRE J. De l'ovaire scléro-kystique. Thèse Paris, Juin 1951, n° 781, 79pp.
- BECLERE C. Endocrinologie de l'ovarite scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 222.
- BECLERE C. Diagnostic et traitement des ovarites micro-polykystiques. La clinique, 1958, 524, 325-335.
- BEDRINE H. et HOULNE P. Etiologie de l'ovarite scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 216.
- BEDRINE H. et HOULNE P. Etiologie de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Novembre 1953, 23, n° 7, 236-240.
- BRET A.J. et SENEZE J. Dystrophies acquises des organes génitaux. Dystrophies ovariennes. I) Dystrophies micro-polykystiques : ovarite scléro-kystique. Encycl. méd. chir., Gynécologie, Fasc. 133 A 10 (3-1959) (Bibliogr.)

- BRETECHE J. Kystes ovariques et ovarites scléro-kystiques dans la stérilité. Gynéc. Obst., 1952, 4, n° 1, 149-152, 4 fig.
- BUXTON C.L. et VAN DE WIELE R. La résection en coin pour ovaires polykystiques. New England J. Méd., 19 Août 1954, 251, n° 8, 293-297 (Bibliogr.)
- CARDIA M. La thérapeutique par les ultra-sons dans l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. Franç. Gyn., av. 1954, 24, n° 4, 158-162.
- CARENZA L. Traitement chirurgical de la stérilité par maladie scléro-kystique de l'ovaire. Clin. ost. Gyn., Juin 1956, 58, n° 3, 168-179, (Bibliogr.) (Résumé franç.)
- CHALIER A. Considérations sur l'ovarite scléro-kystique et sur son traitement chirurgical. C.R. Soc. franç. Gyn., Mai 1954, 24, n° 5, 192-194.
- COUJARD R. Atrésies folliculaires, ovarites kystiques et kystes de l'ovaire consécutifs à des lésions sympathiques. Gynéc. Obst., 1955, 54, n° 4, 418-430, 12 fig. (Bibliogr.)
- DALSACE J. Séméiologie de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Décembre 1953, 23, n° 8, 289-292.
- DELANNOY E. et GAUTIER P. Considérations sur l'ovarite scléro-kystique. Lille chir., Mai-Juin 1954, 9, n° 3, 109-113.
- DIONIS DU SEJOUR P. Note sur le traitement des ovaires scléro-kystiques par les infiltrations anesthésiques des pédicules ovariens associées à l'ignipuncture. Résultats éloignés. Mém. Acad. Chir., 1943, 69, n° 7/8, 114-115.

- DOUAY E. Résection subtotale des deux ovaires, pour ovarite scléro-kystique bilatérale : grossesse ultérieure. Rev. franç. Gyn. Obst., Juillet-Août 1941, 36, n° 7/8, 189-194.
- DUBREUIL G. et MAYER G. L'étude histologique des ovaires dits scléro-kystiques. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 216-217.
- DUBREUIL G. et MAYER G. Aspects histologiques de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Novembre 1953, 23, n° 7, 240-246, (Bibliogr.)
- DUJOVICH A. et LISAK E. Troubles du cycle menstruel dans la maladie polykystique de l'ovaire. Notre expérience. Prensa méd. argent., 30 Octobre 1959, 46, n° 44, 2605-2606.
- EZES H. Lutéinisation kystique massive des 2 ovaires avec hémopéritoine par administration de gonadotrophines chez une fillette de 14 ans. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., Juin-Juillet 1957, 9, n° 3, 340-341.
- FABRE M. Le traitement physiothérapique et hydrominéral de l'ovarite scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 226.
- FABRE M. Le traitement physiothérapique et hydrominéral de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Février 1954, 24, n° 2, 82.
- FOURNIE G. et NOTTER A. Coexistence d'ovaire poly-microkystique histologiquement vérifié et de grossesse évolutive. Rev. franç. Gyn. Obst., Mars-Avril 1954, 49, n° 3/4, 74-78, 9 fig. (Bibliogr.)
- GREENBLATT R.B. La maladie microkystique des ovaires. Union méd. Canada. Juin 1958, 87, n° 6, 755-665, 18 fig. (Bibliogr.)

- GREZES-RUEFF F.A. (Mme) La signification du "gros ovaire" (dit scléro-kystique) dans les syndromes fonctionnels en gynécologie. Thèse Toulouse, 1955, n° 52.
- GUILLEMIN A., FLORENTIN P. et GUILLEMIN P. Métrite déci-
duiforme hyperplasique et ovarite scléro-
kystique. Gynéc. Obst., 1950, 2, n° 5, 593-594.
- JASSIN A. Clinique et stérilité dans l'ovarite polykysti-
que. Prensa méd. argent., 17 Juin 1955, 42,
n° 24, 1764-1766.
- JELESNOV B.I. A propos des ovaires scléro-kystiques.
Akoucherstvo Guinek., 1955, n° 5, 40-44.
- KRAFFT H.C. L'ovarite scléro-kystique : maladie de la sté-
rilité ? C.R. Soc. franç. Gyn., Juin-Septembre
1954, 24, n° 6, 225.
- LAGNEAU. La dégénérescence kystique et scléro-kystique
de l'ovaire chez les femelles domestiques.
Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 224-225.
- LAGNEAU. La dégénérescence kystique et scléro-kystique
de l'ovaire chez les femelles domestiques.
C.R. Soc. franç. Gyn., Janvier 1954, 24, n° 1, 45.
- LANVIN et TREVOUX R. Etude critique de 42 observations
d'ovarite scléro-kystique du point de vue opé-
ratoire. C.R. Soc. franç. Gyn., Mai 1954, 24,
n° 5, 194-198.
- MARDRUS M. Ovarite scléro-kystique bilatérale associée à
un hydrosalpinx bilatéral. Hystéro-salpingogra-
phie. Contrôle et traitement chirurgicaux.
C.R. Soc. franç. Gyn., Avril 1954, 24, n° 4,
149-152.
- MATHIEU J. Traitement chirurgical des douleurs intermen-
struelles et de l'ovarite scléro-kystique. C.R.
Soc. franç. Gyn., Mai 1954, 24, n° 5, 187-190.

- MERGER, LEVY, MELCHIOR. L'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Mai 1954, 24, n° 5, 191.
- NETTER A. Ovaire scléro-kystique et puerpéralité. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 223-224.
- NETTER A. Ovaire scléro-kystique et puerpéralité. C.R. Soc. franç. Gyn., Janvier 1954, 24, n° 1, 43-44.
- NETTER A., MAZINGARBE A., LAMBERT A. (Mme) et TROISIER S. Les formes fébriles de l'ovaire scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Février 1951, 21, n° 2, 84-89.
- NETTER A. et HENRY R. Etude hormonale de l'ovaire scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 221.
- NETTER A., HENRY R. et BECLERE C. Hormonologie. a) Etude hormonale de l'ovaire scléro-kystique. b) Endocrinologie de l'ovaire dit scléro-kystique. Discussion. C.R. Soc. franç. Gyn., Décembre 1953, 23, n° 8, 293-295.
- NETTER A. et LAMBERT A. (Mme) Thérapeutique médicale de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Février 1954, 24, n° 2, 78-81.
- PALMER R. La stérilité involontaire.
- PATEL J. Les déséquilibres fonctionnels de l'appareil génital féminin (troubles de l'ovulation et de la menstruation). Bul. Méd. n° 19, 10 Mai 1941, p 215-220.
- PECOLLO H.D. L'ovarite scléro-kystique : clinique et thérapeutique. Thèse Alger, 28 Juin 1954, n° 34, 157 pp.
- PENA REGIDOR P. (de la). Gonadotrophines, ovaires polykystiques et lutéinisation massive. Acta. med. Tenerife, Mars-Avril 1960, 13, n° 2, 119-122.

- PERRAULT M., KLOTZ B. et PHILBERT M. Le traitement de l'ovarite scléro-kystique. Progrès méd., 10 Mars 1959, 87, n° 5, 95-103, (Bibliogr.)
- POLLOSSON M. et NETTER A. Importance des relations entre ovarite scléro-kystique et puerpéralité. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., 1953, 5, n° 2, 187-190.
- POULHES J. et GAUBERT J. La vascularisation artérielle des ovaires scléro-kystiques étudiée par la méthode des résines vinyliques. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 220.
- POULHES J. et GAUBERT J. Les artères de l'ovaire normal et des ovaires scléro-kystiques. Etude par les injections de matières plastiques. C.R. Soc. franç. Gyn., Décembre 1953, 23, n° 8, 292.
- RENAUD J. Etude psychosomatique de l'ovaire scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 222-223.
- RENAUD J. L'ovarite scléro-kystique psychosomatique. Rev. méd. franç. Avril 1955, 36, n° 4, 237-244 (Bibliogr.)
- ROMAN M.C. Sur le traitement chirurgical des formes hémorragiques de l'ovaire scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Novembre 1954, 24, n° 8, 283-288.
- ROUX G., MARCHAL G. et MOCQUOT A. Physiopathologie de l'ovarite scléro-kystique. Gynéc. prat., 1953, 4, n° 3, 217-219.
- ROUX G., MARCHAL G. et MOCQUOT A. Pathogénie et physiopathogénie de l'ovarite scléro-kystique. C.R. Soc. franç. Gyn., Novembre 1953, 23, n° 7, 247.

- SERMENT H. et RUF H. A propos de deux observations de polykystose ovarienne primitive. Rev. franç. Gyn. Obst., Juin 1958, n° 6, 525-528.
- STEIN I.F. Le diagnostic et le traitement des ovaires polykystiques bilatéraux. (résumé). Anais brasil. Gyn. Mars 1952, 17, n° 3, 165.
- TRACE R.J., KEATY E.C. et Mc CALL M.L. Une étude sur le tissu ovarien et les 17 cétostéroïdes urinaires chez les malades porteuses d'ovarite polykystique bilatérale. Am. J. Obst. Gyn. Février 1960, 79, n° 2, 310-315 (Bibliogr.)
- VANDIEST L. et BAST A. (de) Syndrome abdominal aigu par dégénérescence kystique massive et totale des ovaires due à l'administration des gonadotrophines. Bruxelles méd. 12 Octobre 1958, 38, n° 40, 1636-1642.
- VANRELL CRUELLS J. Ovaire polykystique et stérilité. Acta.ginec. 1956, 7, n° 3, 289-292.
- VARANGOT J. et C. TCHOBROUTSKY. Les indications de la résection cunéiforme des ovaires. A propos du soi-disant syndrome de Stein LEVENTHAL. Sem. des Hop. de Paris 26 Janvier 1961, 37ème an. n° 7, 322-328.
- WERNICKE G.R. Traitement de l'ovarite polykystique. Prensa. méd. argent, 17 Juin 1955, 42, n° 24, 1777-1779.
- ZUCKERMANN C. Ovaires scléreux et kystiques. Acta ginec. 1935, n° 4, 319-322.



**AGEMP
POLYCOPIE**

**8, rue Dante
PARIS - V •**

Téléphone : ODÉon 58-90